



Instituto de Salud Pública de Chile
Laboratorio de Referencia y Fiscalización
Gobierno de Chile
Ministerio de Salud

Av. Marathon N° 1000 - Ñuñoa
Santiago - Chile - Casilla 48
Teléfono Mesa Central: (02)25755101
Teléfono Ventas: (02)25755188 - 25755186 - 25755191

R.U.T.: 61.605.000-1

FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRÓNICA

N° 557399

S.I.I. - ÑUÑO A

Razón Social: HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA
Dirección: MICHIMALONGO S/N. LAS CANCHAS BASE
NAVAL
Comuna: TALCAHUANO
Giro: HOSPITALES Y CLINICAS
R.U.T: 61102025-2
Teléfono: 412743198
Provincia: CONCEPCION

FECHA EMISION

2017-12-06

C. COSTO

FECHA VCTO.

2017-12-21

ORDEN DE COMPRA

COTIZACION

N° GUIA

N° FACTURA

COND. PAGO

557399

CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION	U.M	PRECIO UNITARIO	VALOR NETO
2220028	1	SEROTECA MENSUAL Y MANTENCION EN LISTA D	UND	19.696	19.696
2220028	1	SEROTECA MENSUAL Y MANTENCION EN LISTA D	UND	19.696	19.696

16 ENE. 2018

INGRESO FACTURAS

EGRESOS

53211.45 000 8880 (901)

21572 11 950 3000

CODIGO LURP 2010

SOLIC. NROS. 1190846, 1190867

Observaciones:

Exento \$ 39.392

Total \$ 39.392

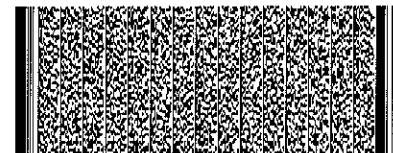
N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TARSA	MONTO
11		

TOTAL \$ 39.392



Timbre Electrónico SII
Res. 80 del 2014
Verifique documento: www.sii.cl

ORIGINAL: CLIENTE

Visitenos en: www.ispch.cl | @ispch | /institutosaludpublicachile

La institución científico/técnica de Chile

ARMADA DE CHILEDIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA

Número : 99782 (1978391)

Validez : Desde el 23/10/2017 al 22/11/2017

Tipo : AMBULATORIA

A : 61605000-1 INST. SALUD PÚBLICA LABORATORIO SALUD

Dirección : AV. MARATHON, ÑUÑO A 1000 Of. SANTIAGO

Fono : 490021

Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : GOBERNACION MARITIMA DE TALCAHUANO
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : PAMELA ACOSTA VASQUEZ
Especialidad : NEFROLOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

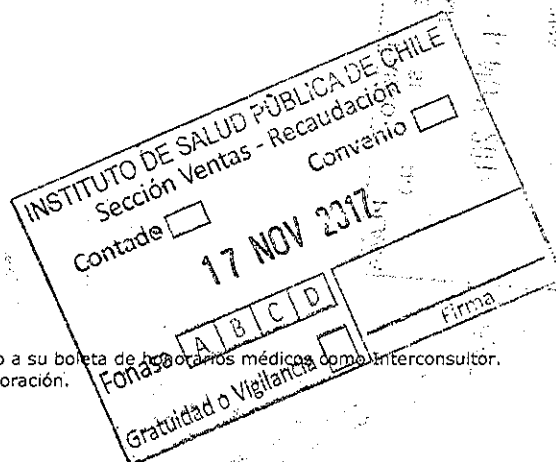
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000305952	1	SEROTECA MENSUAL	19696	19696	0	0
TOTAL GENERAL :			19696	19696	0	0

Facturar al HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA Rut: 61102025-2
Dirección MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario

ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO



Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:

Ficha Clínica:

ARMADA DE CHILEDIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 100090 (1982496)
Validez : Desde el 02/11/2017 al 02/12/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61605000-1 INST. SALUD PÚBLICA LABORATORIO SALUD
Dirección : AV. MARATHON, ÑUÑO A 1000 OF. SANTIAGO
Fono : 490021

Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : WILLIMAS NEILSON
Especialidad : MEDICINA GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000305952	1	SEROTECA MENSUAL	19696	9848	0	9848
TOTAL GENERAL :			19696	9848	0	9848

Facturar al HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA Rut:61102025-2
Dirección MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario

ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO



Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:

Ficha Clínica: